自主点検表兼現地調査確認表［地域密着型介護老人福祉施設（ユニット型）］

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 職名 | 事業所担当者 | 確認日 | 確認者 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 設　備　に　関　す　る　基　準 | | | | | |
| 区　分 | | 自　主　点　検　項　目 | 自主点検 | 市  確認 | 備　　　　考 |
| 一般 | | 居間、食堂、台所、宿泊室及び浴室が２階以上にある場合、エレベータ等を設置しているか。 | □ | □ | 平面図、写真と現地を確認。 |
| 段差解消、スロープ等、高齢者の利便性、安全に配慮した構造か。 | □ | □ | 送迎車の降車地点からの動線について確認。 |
| 災害等非常時の避難経路及び体制の確保はされているか。建物が建築基準法、消防法に適合しているか。 | □ | □ |  |
| 耐火建築物であるか。 | □ | □ | 利用者の日常生活に充てられる場所が2回以上及び地階に設けていない場合は準耐火建築物でも可。 |
| 階段の傾斜は緩やかになっているか。 | □ | □ |  |
| 廊下及び階段には、手すりを設けているか。 | □ | □ |  |
| 空調設備等により施設内の適温の確保ができるか。 | □ | □ |  |
| ユニット | 全般 | １のユニットの利用定員は１０人以下となっているか。 | □ | □ | 特別な事情によりやむを得ない場合で利用定員が１０人を超える場合、１２人以下であり、総ユニット数の半数以下になっていることを確認。 |
| 居室は、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けられているか。 | □ | □ |  |
| 居室 | １の居室の定員は、１人となっているか。 | □ | □ | 利用者への介護老人福祉施設サービスの提供上必要と認められる場合は２人とすることができる。 |
| 床面積は、利用者１人当たり１０．６５㎡以上となっているか。  （ユニット型準個室の場合は、１０．６５㎡以上） | □ | □ | 床面積には、洗面・収納設備を含み、トイレは除く。面積は内法による測定。 |
| 日照、採光、換気等利用者の保健衛生、防災等について考慮された構造になっているか。 | □ | □ |  |
| ブザー又はこれに代わる設備を設けているか。 | □ | □ |  |
| 共同生活室 | １の共同生活室の床面積は、２㎡にユニットの利用定員を乗じて得た面積以上となっているか。 | □ | □ |  |
| いずれかのユニットに属し、当該ユニットの利用者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有しているか。 | □ | □ | ・他のユニットの利用者が当該共同生活室を通過することなく、事業所内の他の場所に移動できること。  ・当該ユニットの利用者全員と介護従業者が一度に食事、談話等ができるテーブル、椅子等の備品を備えた上で、共同生活室内を車椅子が支障なく通行できる形状が確保されていること。また、利用者が、心身状況に応じて家事を行う観点から、簡易な流し、調理設備を設けることが望ましい。 |
| 事務室 | | 記録保管庫、事務机等の必要な備品は備えているか。 | □ | □ | 設備備品一覧表により確認。 |
| 他の事業所の事務室と共用する場合、事務スペースは明確に分けられているか。 | □ | □ | 間仕切りや机を離す等により分けられていること。 |
| 適当な広さはあるか。 | □ | □ |  |
| 洗面設備  ・トイレ | | 要介護者、車椅子使用者が使用するのに適しているか。 | □ | □ |  |
| 居室ごと又は共同生活室ごとに適当数が設置しているか。 | □ | □ |  |
| ブザー、呼び鈴等の通報装置が設置されているか。 | □ | □ | 設置されていることが望ましい。 |
| 浴室 | | 要介護者等が使用するのに適したものになっているか。 | □ | □ | 居室のある階ごとに設けることが望ましい。 |
| 脱衣室は設けられているか。 | □ | □ |  |
| 廊下 | | 廊下幅は片廊下で１．５ｍ以上、中廊下１．８ｍ以上となっているか。 | □ | □ |  |
| 厨房 | | 衛生面で問題がないか。 | □ | □ |  |
| その他 | | 医務室は設けられているか。 | □ | □ | 医療法第１条の５第２項に規定する診療所とすること。必要な医薬品及び医療機器を備え、必要に応じ臨床検査設備を設けているか。 |
| 汚物処理をするスペースが設けられており、食堂及び宿泊室から相当の距離を隔てているか。 | □ | □ |  |
| 消火設備その他の非常災害に際して設備を備えているか。 | □ | □ |  |
| 浴室、医務室、廊下、消火設備等については、専ら当該施設の用に供するものとしているか。 | □ | □ | ただし、入居者に対するサービスの提供に支障がない場合は、この限りでない。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 人　員　・　運　営　に　関　す　る　基　準 | | | |
| 自　主　点　検　項　目 | 自主点検 | 市  確認 | 備　　　　考 |
| 従業者の雇用関係書類（原本）、資格関係書類は整備されているか。 | □ | □ |  |
| 開設者、管理者、計画作成担当者は、それぞれ必要な研修を修了しているか。 | □ | □ |  |
| 運営規程の概要、従業員の勤務体制等の重要事項、苦情の措置の概要を見やすい場所に掲示しているか。 | □ | □ |  |
| 重要事項説明書、契約書、個人情報使用同意書、苦情処理や事故発生時の対応関係書類（記録簿、マニュアル）等は整備されているか。 | □ | □ |  |
| その他 | | | |
| 自　主　点　検　項　目 | 自主点検 | 市確認 | 備　　　　考 |
| 下記の区域への該当の有無を調査し、該当があればチェックすること。  □土砂災害特別警戒区域（調査済(指定前)を含む。）  □土砂災害警戒区域（調査済(指定前)を含む。）  □土砂災害危険箇所 | □ | □ | 事業所の所在地の状況を確認し、土砂災害警戒情報の把握、避難の方法・場所など、土砂災害から身を守るための必要な対策を立ててください。 |

※　自主点検欄は、事業者が自主点検の上、チェックしてください。

※　確認欄は、市が聞き取りや現地確認等によりチェックします。

（以下、更新申請時は不要）

他法令確認表　[地域密着型介護老人福祉施設（ユニット型）]

|  |  |
| --- | --- |
| 要確認事項 | 確認内容（協議、確認状況を申請者において記入のこと） |
| 建物が建築基準法、都市計画法、消防法等に適合しているか。 |  |
| １　建築担当課等との協議状況  ・新築等の場合～自己所有、賃貸を問わず建築基準法に基づく建築確認及び検査済証の交付を受けたものであること  ・改修等の場合～建築基準法の手続き（用途変更等）を確認し、手続きが必要な場合、完了したものであること | 申請者（確認した者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL）  協議日時　　　　年　　　月　　　日  担当部署等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL）  確認内容 |
| ２　消防担当課との協議状況  ・新築・改修等される建物について、消防署と消防設備・避難設備等について、協議調整したものであること。  ・消防法の手続きを確認し、手続きが必要な場合、手続きを完了したものであること。 | 申請者（確認した者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL）  協議日時　　　　年　　　月　　　日  担当部署等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL）  確認内容 |
| ３　その他関係法令 | 申請者（確認した者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL）  協議日時　　　　年　　　月　　　日  担当部署等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL）  確認内容 |

※上記担当部署との協議に使用した建築図面は、申請内容と同一であること。